

N° DE CONTRAT	LL : K012-01 / C.-B. : aucun n° de contrat		Renseignements démographiques – LifeLabs Étiquette	
Rapport au médecin n°	N° RAMO du médecin (Ontario) : N° MSC médecin (Colombie-Britannique) : Autres provinces : 999			
Nom du médecin qui a commandé les tests	Nom			
Médecin qui a commandé les tests	Adresse		Étiquette additionnelle (au besoin)	
Adresse et coordonnées :	Tél. : _____ Téléc. : _____			
Signature du médecin :	Confirmation du consentement du patient : Je confirme que ce patient a consenti aux examens conformément aux dispositions légales applicables, ce qui fait foi que : le patient a été informé des détails concernant les tests génétiques décrits ci-dessous, et notamment des risques, des bienfaits et des limites de ces tests; je m'assurerai/nous assurerons que les résultats des examens soient convenablement expliqués au patient, et qu'ils ne lui soient pas communiqués sans qu'il bénéficie d'un counselling; enfin le patient a été informé qu'il/elle a le droit de retirer son consentement en tout temps. Je confirme que le patient est légalement capable de donner son consentement, que toutes les questions ont été répondues et que le/la patient(e) a eu suffisamment de temps de considération avant de procéder à l'analyse.			
Copie conforme à :	Nom de la personne en copie			
<input type="checkbox"/> Conseiller en génétique <input type="checkbox"/> Autre prestataire de soins de santé	Tél. : _____ Téléc. : _____			
Destinataire de la facture :	Contrat n° K012-01 (le patient ne paie pas au moment du prélèvement)		Sexe du patient <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	
Nom de famille:	Prénom:	Carte santé du patient:	Date de naissance:	
			M	M
			J	J
			A	A
			A	A
Numéro #:	Rue:	Ville:	Province:	Code Postal:
				Téléphone #:
				() -

Si les échantillons n'ont pas été prélevés dans un établissement LifeLabs, veuillez envoyer tous les échantillons destinés à des tests NON PRÉNATALS à :

LifeLabs · Attn CDS Department • 37 Voyager Court N. • Toronto ON • M9W 6J2

TEST DEMANDÉ				
<input type="checkbox"/> Test génétique – Échantillon de sang de 2 x 4 mL d'EDTA	ON-LL TR n°	4005	Mnémonique ACG	
<input type="checkbox"/> Test génétique (pédiatrique) – Échantillon de sang 1 x 2 mL d'EDTA	4008	CEN		
<input type="checkbox"/> Test génétique – Autre type d'échantillon	4014	OCG		
ÉCHANTILLONS PRÉNATALS : À expédier directement à CENTOGENE en nous contactant au préalable				
Date de la prise de sanguin :	M M J J A A A A	Heure du prélèvement	H H M M	Nom du préleveur:
CONSENTEMENT AUX TESTS GÉNÉTIQUES				
Je comprends que mon échantillon d'ADN à analyser sera envoyé à LifeLabs pour y subir des tests génétiques. Mon médecin m'a parlé de la (des) maladie(s) faisant l'objet des tests et de sa (leur) cause génétique. Je suis conscient(e) qu'il est important que les renseignements concernant les liens de parenté entre les membres de ma famille soient exacts. J'accepte que mon échantillon et mes renseignements médicaux personnels soient envoyés au laboratoire de Centogene AG en Allemagne (à l'adresse indiquée ci-dessus). Afin d'assurer la précision des tests, j'accepte que les résultats de mes tests génétiques déjà effectués par Centogene AG soient transmis à LifeLabs. Je comprends que LifeLabs communiquera avec moi pour obtenir un nouvel échantillon si l'échantillon initial ne permet pas d'obtenir un résultat au test effectué. Je consens à ce qu'une copie de mes résultats soit envoyée au médecin qui a commandé les tests. J'accepte également qu'une copie des résultats de tous les examens me concernant effectués par Centogene AG soit transmise à LifeLabs.				
1. Je comprends qu'une fois que le ou les tests demandés ont été effectués, tout échantillon restant sera entreposé au laboratoire.				
2. J'accepte que mon échantillon anonymisé soit utilisé à des fins de développement d'un produit ou de recherche. Je comprends que je ne tirerai ni redevances, ni paiements, ni avantages ni droits de quelque produit ou découverte.				
<input type="checkbox"/> Je refuse que le reste de mon échantillon ou les données provenant de mes résultats soient conservés et/ou utilisés à des fins de développement d'un produit ou de recherche. Veuillez détruire tout échantillon restant après l'émission du rapport définitif. En cochant cette case, je ne souscris pas aux éléments 1 et 2 énoncés ci-dessus.				
Patient/mandataire autorisé : Signature : _____ ; Date : _____				
Nom en majuscules : _____ ; Lien de parenté avec la personne qui passe le test : _____				
OUI : J'atteste que le patient/son mandataire autorisé a consenti verbalement aux tests génétiques demandés.				
Signature du médecin : _____ ; Date : _____				

****PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS****

<p>Directives pour le test :</p> <p>Veuillez consulter le catalogue en ligne pour connaître le code et le nom des tests :</p> <p>www.lifelabsgenetics.com/hereditary-conditions</p>	<p>Code(s) des tests : _____</p> <p>Nom(s) des tests : _____</p> <p>Méthodologie du test</p> <p><input type="checkbox"/> ANALYSE COMPLÈTE (inclut les analyses de séquençage ET de délétion/duplication si elles sont disponibles ET l'analyse d'expansion d'une répétition si elle est disponible)</p> <p><input type="checkbox"/> Séquençage <input type="checkbox"/> Mutation familiale (Rapport familial ci-joint O/N)</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse de délétion/duplication Gène : _____ Mutation (HGVS) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Expansion d'une répétition</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser :</p> <p>Instructions particulières (commande automatique) :</p>
<p>Type d'échantillon :</p>	<p><input type="checkbox"/> *Sang (EDTA : 5 mL pour un seul gène, 10 mL pour la batterie)</p> <p><input type="checkbox"/> *Carte buvard (1 carte/30 exons, disponible sur demande)</p> <p><input type="checkbox"/> ADN (un seul gène : 1-10 µg, groupe de gènes : 10-100 µg)</p> <p><input type="checkbox"/> Salive (Oragene OG-510, disponible sur demande)</p> <p><input type="checkbox"/> Fibroblastes/biopsie cutanée (0,5 cm²)</p> <p><small>*La quantité exacte dépend de l'étendue de la batterie de tests; contacter LifeLabs Genetics</small></p> <p><input type="checkbox"/> Cellules en culture (1 flasque, min. de 25 cm², confluence de 80-90 %)</p> <p><input type="checkbox"/> **Liquide amniotique (10 mL)</p> <p><input type="checkbox"/> **Villosités chorioniques (10 villosités, nettoyées)</p> <p><input type="checkbox"/> **FFIP (20-50 mg)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><small>**Contacter LifeLabs Genetics avant d'expédier l'échantillon</small></p>
<p>Information sur le patient :</p>	<p><input type="checkbox"/> Africain(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Race blanche</p> <p><input type="checkbox"/> Canadien(ne) français(e) ou Cajun</p> <p><input type="checkbox"/> Du Moyen-Orient</p> <p><input type="checkbox"/> D'Europe du Nord ex. : Britannique, Allemand(e)</p> <p><input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Indien(ne), Pakistanais(e)</p> <p><input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Chinois(e), Japonais(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Juif(-ve) ashkénaze</p> <p><input type="checkbox"/> Autre/Caucasien(ne) mixte</p> <p><input type="checkbox"/> Autochtone</p> <p><input type="checkbox"/> Hispanique</p> <p><input type="checkbox"/> Du Sud de l'Europe ex. : Italien(ne), Grec(que)</p> <p><input type="checkbox"/> D'Asie du Sud ex. : Philippin(e), Vietnamien(ne)</p> <p><input type="checkbox"/> Des îles du Pacifique</p> <p>Renseignements médicaux supplémentaires sur le (la) patient(e) :</p> <p>Antécédents familiaux pertinents :</p> <p>D'autres membres de la même famille ont-ils fourni des échantillons à analyser par LifeLabs/Centogene? <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N</p> <p>Dans l'affirmative, Nom : _____</p> <p>Lien de parenté avec le patient _____ DN (AAAA/MM/JJ) : _____</p>
<p>Type de Paiement :</p>	<p><input type="checkbox"/> Financement provincial approuvé (lettre d'approbation ci-jointe)</p> <p><input type="checkbox"/> Financement provincial en attente d'approbation</p> <p><input type="checkbox"/> Paiement privé (Renseignements complets ci-dessous)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement (Renseignements complets ci-dessous)</p>
<p>Facturation de l'établissement SEULEMENT :</p>	<p>Nom de l'établissement : _____</p> <p>Nom de la personne-ressource : _____</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone : (____) _____ - _____ Télécopieur : (____) _____ - _____ Courriel : _____</p>
<p>Paiement privé SEULEMENT :</p>	<p>Type de carte de crédit : <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Visa</p> <p>Numéro de la carte _____ Date d'exp. (MM/AA) _____</p> <p>Nom (tel qu'il apparaît sur la carte de crédit) _____</p> <p>Je comprends que ma carte de crédit sera débitée du coût total des tests non couverts par les services de santé de ma province.</p> <p>Signature du détenteur de la carte : _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____</p>

****PHOTOCOPIER LA DEMANDE ET INCLURE 1 COPIE AVEC LES ÉCHANTILLONS****